Załącznik Nr 2
do Uchwały Nr XVII/177/2009
Rady Powiatu w Choszcznie
z dnia 19 lutego 2009 r.

.....
Imię i Nazwisko

.....
miejscowość - data

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

Zatrudniony / a w .....

.....

STAROSTA CHOSZCZEŃSKI

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o przyznanie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis składającego wniosek

W załączeniu przedkładam dokumenty:
1)zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania protez, sprzętu rehabilitacyjnego, aparatury medycznej,
2)poniesione koszty związane z leczeniem lub zakupem protez, sprzętu rehabilitacyjnego, aparatury medycznej,
3)oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny.

Potwierdzam, że Pan/Pani …….. jest nauczycielem, nauczycielem emerytem, nauczycielem rencistą* ……

(nazwa szkoły)

……

data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły/placówki

* niepotrzebne skreślić

Wniosek Komisji Zdrowotnej o przyznanie zasiłku na cele zdrowotne

w kwocie ……..……

Komisja w składzie:	Podpisy Komisji:
1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....
5.	.....
6.	.....

Choszczno, dnia .....

Decyzja Starosty Choszczeńskiego o przyznaniu zasiłku na cele zdrowotne :